

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

185

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert SIMON

Né à Langres le 20 avril 1904

Interne des Asiles Nationaux de la Seine

# L'Asile National des Convalescents de Saint-Maurice (Seine)

Son rôle dans la convalescence des affections chirurgicales

*Président : M. P. DUVAL, professeur.*

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, boulevard Saint-Germain

1929



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert SIMON

Né à Langres le 20 avril 1904  
Interne des Asiles Nationaux de la Seine

L'Asile National des Convalescents  
de Saint-Maurice (Seine)

Son rôle dans la convalescence des affections chirurgicales

*Président : M. P. DUVAL, professeur.*

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, boulevard Saint-Germain

1929

## LES PROFESSEURS

MM

|                                                                |                   |
|----------------------------------------------------------------|-------------------|
| Anatomie . . . . .                                             | ROUVIÈRE.         |
| Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .    | CUNÉO.            |
| Physiologie . . . . .                                          | ROGER.            |
| Physique médicale . . . . .                                    | STROHL            |
| Chimie médicale. . . . .                                       | DESGREZ.          |
| Bactériologie. . . . .                                         | LEMIERRE.         |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale . . . . .         | BRUMPT.           |
| Pathologie et thérapeutique générales . . . . .                | Marcel LABBÉ.     |
| Pathologie médicale . . . . .                                  | SICARD.           |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                              | LECÈNE.           |
| Anatomie pathologique . . . . .                                | ROUSSY.           |
| Histologie . . . . .                                           | CHAMPY.           |
| Pharmacologie et matière médicale. . . . .                     | TIFFENEAU.        |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie. . . . .              | Maurice VILLARET. |
| Thérapeutique . . . . .                                        | LOEPER.           |
| Hygiène et médecine préventive . . . . .                       | TANON.            |
| Médecine légale . . . . .                                      | BALTHAZARD.       |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .           | MÉNÉTRIÉR.        |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                 | RATHERY.          |
| Clinique médicale. . . . .                                     | CARNOT.           |
|                                                                | BEZANÇON.         |
|                                                                | ACHARD.           |
|                                                                | WIDAL.            |
| Hygiène et clinique de la première enfance . . . . .           | LEREBOULLET       |
| Clinique des maladies des enfants. . . . .                     | NOBÉCOURT.        |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. | H. CLAUDE.        |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . .       | GOUGEROT.         |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .             | GUILLAIN.         |
| Clinique des maladies infectieuses . . . . .                   | TEISSIER.         |
| Clinique de la tuberculose. . . . .                            | Léon BERNARD      |
| Clinique chirurgicale . . . . .                                | DELBET.           |
|                                                                | HARTMANN          |
|                                                                | LEJARS.           |
|                                                                | GOSSET.           |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                             | TERRIEN.          |
| Clinique urologique. . . . .                                   | LEGUEU.           |
| Clinique d'accouchements . . . . .                             | COUVELAIRE.       |
|                                                                | BRINDEAU.         |
|                                                                | JEANNIN.          |
| Clinique gynécologique. . . . .                                | J.-L. FAURE.      |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie . . . . .        | OMBREDANNE.       |
| Clinique thérapeutique médicale . . . . .                      | VAQUEZ.           |
| Clinique oto-rhino-laryngologique. . . . .                     | SEBILEAU.         |
| Clinique thérapeutique chirurgicale. . . . .                   | Pierre DUVAL.     |
| Clinique propédeutique . . . . .                               | SERGENT.          |
| Professeur sans chaire. . . . .                                | BRANCA.           |



## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

### MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.  
 ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.  
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.  
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.  
 BAUDOUIN. . . Pathologie médicale  
 BINET . . . . Physiologie.  
 BLANCHETIERE Chimie biologique.  
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale  
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.  
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale  
 CHABROL . . . Pathologie médicale.  
 CHIRAY . . . Pathologie médicale.  
 CLERC. . . . Pathologie médicale.  
 DEBRE . . . . Hygiène.  
 DOGNON. . . . Physique.  
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.  
 DUVOIR . . . Médecine légale.  
 ÉCALLE . . . . Obstétrique.  
 FIESSINGER. Pathologie médicale.  
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale  
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale  
 GIROUD . . . . Histologie  
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.  
 HEITZ-BOYER Urologie.  
 HOVELACQUE . Anatomie.  
 HUTINEL. . . . Pathologie médicale.

### MM.

JOYEUX . . . . Parasitologie.  
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.  
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.  
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.  
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique  
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.  
 LHERMITTE . Pathologie mentale.  
 LIAN. . . . . Pathologie médicale.  
 MATHIEU. . . . Pathologie chirurgicale  
 MERCIER (F.) Pharmacologie  
 METZGER . . . Obstétrique.  
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale.  
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.  
 MULON. . . . Histologie.  
 OBERLING. . . Anatomie pathologique.  
 OLIVIER. .... Anatomie.  
 PHILIBERT. . Bactériologie.  
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.  
 RICHET Fils. . Physiologie.  
 SÉZARY . . . . Dermatologie et syphiligraphie.  
 VALLERY-RADOT  
     (Pasteur) . . Pathologie médicale.  
 VAUDESCAL. Obstétrique  
 VELTER. . . . Ophthalmologie.  
 VERNE. . . . Histologie.

## III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

### POUR LE SERVICE DES EXAMENS

### MM.

BUSQUET. . . . . Pharmacologie.  
 GUENIOT . . . . . Obstétrique.  
 LEQUEUX . . . . . Obstétrique.  
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

### MM.

RETTERER. . . Histologie.  
 ZIMMERN. . . . Physique.  
 N. . . . . Pathologie médicale.

# IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

## A TITRE PERMANENT

| MM.               |                        | MM.          |                        |
|-------------------|------------------------|--------------|------------------------|
| ALGLAVE . .       | Clinique chirurgicale. | LERI . . . . | Clinique médicale.     |
| AUVRAY . .        | Clinique chirurgicale. | MOCQUOT . .  | Clinique chirurgicale  |
| CHEVASSU . .      | Clinique chirurgicale. | PROUST . . . | Clinique chirurgicale. |
| LAIGNEL-LAVASTINE | Clinique médicale.     | SCHWARTZ .   | Clinique chirurgicale; |
| LE LORIER . .     | Clinique obstétricale. |              |                        |

## V. — CHARGÉS DE COURS

|                                |   |                                                                                                                                             |
|--------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . . . | { | Chargé du cours de chirurgie orthopédique<br>chez l'adulte pour les accidentés du travail<br>les mutilés de guerre et les infirmes adultes. |
| FREY. . . . .                  |   | Stomatologie.                                                                                                                               |
| CHAILLEY-BERT. . . . .         |   | Education physique.                                                                                                                         |
| LEDOUX-LEBARD . . . . .        |   | Radiologie clinique.                                                                                                                        |
| WEILL-HALLÉ. . . . .           |   | Puériculture.                                                                                                                               |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

*Témoignage de piété filiale et de  
profonde reconnaissance.*

A MA MÈRE

*Hommage de tendre affection.*

A MA SŒUR

*Affectueux souvenir de nos  
études médicales.*

A M. LE DOCTEUR ANDRÉ AMELINE

Ancien interne des Hôpitaux de Paris  
Chef de clinique et Prosecteur à la Faculté de Médecine

*Avec ma respectueuse amitié.*

A MES CAMARADES D'INTERNAT

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Professeur de Clinique thérapeutique chirurgicale  
Chirurgien de l'hôpital de Vaugirard  
Membre de l'Académie de Médecine  
Officier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu nous faire l'hon-  
neur d'accepter la présidence de  
cette thèse.*

## A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

### MM. LES DOCTEURS :

DESMAREST, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Ambroise-Paré.

GUINON, médecin honoraire des hôpitaux.

AVIRAGNET, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

MILHIT, médecin de l'hôpital Tenon.

MOREAU, médecin des hôpitaux.

EDMOND LÉVY, médecin de l'Asile national des Convalescents de Saint-Maurice.

BERTHOUMEAU, médecin de l'Asile national des Convalescents de Saint-Maurice.

## A MES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## INTRODUCTION

Durant notre année d'Internat à l'Asile des Convalescents de Saint-Maurice, nous avons été frappés par le nombre toujours croissant de malades opérés, appareillés ou non que nous envoient les services chirurgicaux des hôpitaux de Paris.

Bien que la partie fondamentale du traitement leur eut été appliquée lorsqu'ils nous étaient confiés, l'utilité des soins que nous leur avons donnés nous a semblé indéniable. Nous sommes en effet persuadés que le médecin peut encore beaucoup améliorer ces malades en leur appliquant, sous surveillance, un régime diététique et physiothérapique approprié (mécanothérapie, actinothérapie, héliothérapie, etc...), qui leur permet de récupérer en totalité leur état fonctionnel normal ou tout au moins de l'améliorer considérablement.

Dans cette thèse, nous nous proposons de mettre en lumière le rôle rééducateur de l'Asile (ô terme impropre !) chez des convalescents chirurgicaux (traumatisés, opérés ou malades). Nous rappellerons d'abord brièvement les soins qui doivent en principe leur être donnés ; puis nous exposerons les ressources thérapeutiques précieuses et multiples

que leur offre l'Asile à côté de la cure indispensable de repos. Enfin nous nous permettrons d'indiquer timidement les perfectionnements qu'il serait peut-être encore souhaitable d'apporter à cet établissement.

(L'admission stricte du sexe masculin privera malheureusement notre étude de tout ce qui a trait à la gynécologie.)

Nous n'avons certes pas la prétention de tirer toutes nos opinions de notre trop courte expérience personnelle, et nous nous faisons un devoir de remercier nos médecins-chefs, M. le Dr Lévy, M. le Dr Berthoumeau et notre Directeur, M. Gourdin, de nous avoir éclairés dans notre travail par leurs judicieux et bienveillants conseils.

Puissent-ils trouver ici l'expression de notre gratitude.

# L'Asile National des Convalescents

de Saint-Maurice (Seine)

Son rôle dans la convalescence des affections chirurgicales

---

## HISTORIQUE

L'Asile National des Convalescents a été inauguré en 1857.

Jusqu'à cette date, la création d'une maison destinée à procurer un peu de repos aux malades, dont le séjour à l'hôpital n'est plus justifié par un traitement ou une surveillance médicale, n'avait été qu'à l'état de projet.

En 1819, un généreux bienfaiteur, M. de Montyon avait légué aux hôpitaux une somme d'environ cinq millions dont le revenu devait être distribué aux convalescents sous forme de secours.

Certains proposèrent d'utiliser cette somme à la création d'un asile de convalescents, mais les motifs invoqués par un rapporteur, M. de la Bonnardière, aboutirent au rejet de ce projet ; il prétextait les trop grosses dépenses pour l'acquisition du terrain, la construction et l'achat du mobilier, les frais d'entretien d'un pareil établissement, par rapport au peu d'avantage qu'il procurerait aux

malades. Mieux vaut, disait-il, racheter l'erreur regrettable mais obligatoire qu'est le rassemblement de malades en de vastes salles où règne la contagion, en permettant, par des secours, le repos de ceux-ci à leur domicile !

Plus tard, en 1838, l'Assistance Publique repousse la construction de cet asile sous le prétexte que médecins et chirurgiens des hôpitaux ne manqueraient pas d'y envoyer les vieillards incurables, les phthisiques et les individus sans espoir de guérison !

Une fois de plus la question est laissée de côté. Mais Napoléon III désire acquérir les sympathies populaires ; en 1855 paraît un remarquable rapport de S. Exc. Billault ministre secrétaire d'Etat au département de l'Intérieur ; il est adressé à l'Empereur et nous y relevons les passages suivants :

« Aujourd'hui, l'attention de Votre Majesté se porte vers la réalisation d'un nouveau bienfait. En pensant à nos glorieux blessés des camps vous avez songé que l'industrie a ses blessures comme la guerre. Le chantier, l'atelier, qui, pour l'ouvrier, sont le vrai champ d'honneur le renvoient bien souvent malade ou mutilé ; l'hospice le reçoit à l'égal du soldat, et la caisse de secours mutuels l'aide momentanément à soutenir sa famille. *Mais quand il sort de l'hospice assez rétabli pour ne plus y rester, trop faible cependant pour reprendre son travail, il termine sa convalescence dans la misère ;* . . . . .

. . . . .

L'idée est émise, la nécessité de sa création est montrée ; d'ailleurs dans tout le reste du rapport son auteur s'efforce de prouver l'intérêt social que présente une telle œuvre.

A la suite de quoi est publié un arrêté de Napoléon dont nous retenons les articles suivants :

ART. 1<sup>er</sup>. — Il sera établi, sur le domaine de la Couronne, à Vincennes et au Vésinet, deux asiles pour les ouvriers convalescents ou qui auraient été mutilés dans le cours de leurs travaux.

ART. 2. — Avant d'être admis l'ouvrier devra justifier qu'au moment de la maladie ou de la blessure motivant son admission, il travaillait soit à un chantier de travaux publics, soumis au prélèvement établi par l'article 5 du présent décret, soit dans une usine dont le maître a souscrit avec l'asile un abonnement pour ses ouvriers, ou qu'il appartient à une société de secours mutuels abonnés à l'Asile.

. . . . .  
Construction, inauguration, beaux et grands discours se succèdent les années suivantes.

En 1864, une chronique d'un grand journal est consacrée à cet Asile ; nous y lisons un véritable éloge de l'organisation de cette maison de convalescence, mais très peu de chose quant aux soins médicaux ; cependant il est dit en conclusion :

« ... Sauf de rares exceptions, tous les convalescents admis ont été rendus à leurs familles dans un état de guérison parfaite, après une moyenne de séjour d'environ trois semaines...

«... Sur 1.000 convalescents entrés à l'Asile, 990 sortent complètement guéris : 7 sont, d'après l'avis du médecin, ou renvoyés dans les hôpitaux ou remis à leurs familles comme atteints de maladies chroniques : 3 seulement succombent dans l'établissement... »

Dans un autre journal, en 1865, M. Poriquet de Maisonneuve, receveur économe de l'Asile, célèbre l'architecture des bâtiments, le pittoresque des jardins, du parc, la gaieté et l'harmonie que créent les fleurs et la verdure, etc..., etc... Quant à ce qui se rapporte aux soins médicaux, il écrit tout simplement :

« En disséminant les logements des internes et des employés à tous les étages et sur différents points, on s'est assuré d'eux une surveillance à peine visible pour ceux qui en sont l'objet, tant elle s'exerce naturellement... »

Il nous paraît nettement que la grande préoccupation de Napoléon et de son Ministre Billault était de s'attirer les sympathies ouvrières. Mais dans le rapport, comme dans les articles parus postérieurement, la question médicale n'a été qu'à peine effleurée. Il est vrai qu'à cette époque, la chirurgie n'existait encore qu'à l'état tout à fait embryonnaire !

Cependant les statistiques recopiées un peu plus haut sont élogieuses, mais sont-elles bien exactes ? Et peut-on croire que sous la seule influence de quelques jours de repos, 90 % des malades, accidentés pour la plupart (puisque les conditions d'admis-

sion n'acceptaient à l'origine que les ouvriers blessés ou tombés malades dans leur travail) ressortaient complètement guéris ! Il est bien vraisemblable que le médecin de cette époque était très optimiste, ou bien alors faut-il admettre qu'accidents et maladies étaient d'un pronostic fonctionnel moins grave qu'actuellement ? Nous en doutons. Et nous devons conclure de cet historique, que médecins et internes n'avaient pour toute raison d'être que celle d'assurer les petits soins médicaux quotidiens et la garde pour les cas d'urgence.

\* \* \*

Par la suite et durant les cinquante années qui se sont écoulées depuis sa création, l'Asile national des Convalescents a ouvert ses portes à d'autres catégories de malades ; actuellement il est surtout alimenté par les Hôpitaux de l'Assistance publique et quelques autres hôpitaux privés urbains et suburbains.

Les convalescents de toutes maladies, exception faite des maladies contagieuses, y sont admis à se reposer. Avec l'accroissement du nombre des malades traumatisés ou opérés, devant les progrès scientifiques, et les nombreuses ressources thérapeutiques, le service médical s'y est développé progressivement, et actuellement administrateurs et malades ont compris notre rôle prépondérant, nécessaire et souvent indispensable.

\* \* \*

L'Administration de l'Asile national des Convalescents de Saint-Maurice Etablissement, de l'Etat, dépend du ministère du Travail et de l'Hygiène sociale. Il loge et soigne environ 400 convalescents ; en dehors des dons qu'il reçoit, du versement annuel que l'Assistance publique lui fait, du revenu des propriétés qu'il possède, c'est la retenue, de un pour cent, opérée sur le montant des travaux publics qui vient alimenter sa caisse.

## LES CONVALESCENTS

### LES FRACTURES, LUXATIONS, ENTORSES.

A l'hôpital, les blessés ont subi la réduction, l'extension continue, l'immobilisation, et quelquefois une ostéosynthèse. Quelle que soit la méthode nous n'avons obtenu là que la guérison anatomique de la fracture. Pour assurer le retour fonctionnel du membre, c'est-à-dire la guérison physiologique, d'autres soins sont indispensables. Ces soins, nous les donnons à l'Asile des Convalescents.

On a coutume, et l'organisation des hôpitaux s'y prête, de vouloir séparer le traitement physiothérapique du traitement chirurgical ; or, beaucoup d'auteurs prétendent que la méthode consistant à faire marcher simultanément le traitement chirurgical, le traitement orthopédique et le traitement physiothérapique donne d'excellents résultats ; c'est ainsi que les fracturés de cuisse récupéreraient pour certains, la flexion du genou au delà de 90 degrés.

Il nous semble, en effet, qu'il y aurait avantage à agir très précocement sur les articulations et les muscles ; peut-être éviterions-nous ces fistules que gardent fréquemment six mois, un an et même deux ans avant de les tarir, les fracturés graves ; peut-

être ne serions-nous pas impuissants devant ces articulations ankylosées, et ces muscles transformés en véritables bandes scléreuses.

Mais nous croyons être d'accord avec le chirurgien en lui laissant son malade jusqu'à la fin de sa consolidation ; car lui seul est qualifié pour préconiser et surveiller la mobilisation qui luttera contre la rétraction si fréquente des tendons fléchisseurs au membre supérieur, qui évitera l'enraidissement, l'ankylose ou la raideur en attitude vicieuse du pied dans les fractures du membre inférieur, qui ordonnera la mobilisation répétée de l'articulation du genou dans les fractures de cuisse, tout en ayant la possibilité de contrôler à tous les instants son œuvre personnelle : l'appareillage.

Mais, sitôt que le malade peut se lever, sitôt que cannes et béquilles lui permettent d'esquisser quelques pas, notre blessé, consolidé, encore tout à fait inapte au travail, est remercié de l'hôpital « parce qu'il faut des lits ». A ce malade, il faut encore des soins, le repos seul ne suffit pas.

Au lever du blessé, celui-ci abandonné à lui-même ne tardera pas à prendre diverses attitudes vicieuses en conservant éternellement ses tuteurs de bois.

Mais dès leur entrée à l'Asile des Convalescents, médecins et internes vont entreprendre le consolidé en mettant en œuvre : massages, mécanothérapie, hydrothérapie ; en outre, nous ne négligerons pas le traitement général, régénérateur d'os : phosphate sous toutes les formes, opothérapie surrénale et thy-

roïdienne combinées, favoriseront l'assimilation des sels de chaux ; aux syphilitiques on en profitera pour prescrire une cure mercurielle (car il nous est arrivé de dépister chez les sujets atteints de fractures itératives, la présence d'un tabès qui semblait ignoré !)

Ainsi conçu, l'Asile national des Convalescents est loin de mériter ce qualificatif impropre « d'Asile ». Au repos, au soleil, à la gaité du Site, à la nourriture substantielle, nous joignons un facteur de premier ordre : l'amélioration fonctionnelle, la surveillance et la rééducation du fracturé. Mais ces résultats ne peuvent être acquis qu'avec persévérance ; le malade, qui ne comprend pas toujours que nous lui voulons du bien, est donc l'objet d'une discipline relativement sévère qu'assure un personnel zélé et dévoué à notre cause.

#### LES OSTÉOSYNTHÈSES

Bien plus fréquemment que partout ailleurs, on voit à l'Asile de Saint-Maurice des malades nantis d'un appareil de marche et qui marchent. Mais il en est d'autres qui restent tellement impotents, malgré leur paire de béquilles, que nous avons été obligés de les retourner sur leur hôpital d'origine ; ils ne pouvaient mener la vie relativement active de l'Asile. Nous voulons parler des opérés pour fracture du col du fémur. Ces résultats observés à l'Asile et qui portent sur une huitaine de malades tous jeunes

ou relativement jeunes, venant tous du même service spécialisé, sont rien moins que probants. Qu'on veuille bien nous permettre d'en dire quelques mots :

Les opérés pour fracture du col de fémur nous sont arrivés à l'asile après 60 à 100 jours d'hôpital et de souffrance ; ils ont un raccourcissement appréciable, souvent même ils accusent de l'abduction avec rotation externe ; ils souffrent longtemps, leur greffon se brise trop souvent à la première tentative de lever, nous les recevons ainsi et nous sommes obligés de les renvoyer à leur hôpital où ils devront subir à nouveau une immobilisation longue, le fémur ayant été doublement traumatisé par la fracture et par l'intervention. Nous croyons ainsi avoir constaté que l'ostéosynthèse des cols du fémur, opération dite de Delbet, ne semble pas donner des résultats supérieurs à ceux qu'on est en droit d'attendre d'un bon appareil à traction continue, convenablement surveillé et posé ; l'appareil de White-mann ou le vieux Tillaux sont toujours de mise, en matière de col de fémur. Ajoutons d'ailleurs que depuis une dizaine de mois à notre connaissance, il n'est pas arrivé à l'asile un seul malade ayant subi un vissage du col du fémur ; plusieurs dizaines de fractures du col du fémur sont pourtant passées dans nos murs et nous ont quittés relativement alertes.

Toute autre question est celle qui se pose devant une fracture des deux os de l'avant-bras ; l'ostéosyn-

thèse est un triomphe, encore faut-il que l'opération succède de peu au traumatisme. Dans la fracture de cuisse au tiers moyen, l'intervention sanglante nous paraît être idéale; c'est en effet une indication facile, propre, peu dangereuse qui n'offre que des succès certains; avec elle, aucun raccourcissement, un mois de convalescence bien réglée, et c'est un homme parfaitement remis et nullement impotent que nous rendons à la vie courante; la fracture n'est plus qu'un mauvais souvenir! Enfin tout le monde est d'accord sur la nécessité de cercler les rotules, et rien d'autre ne pouvait avoir la prétention de remplacer cette intervention. Pour les fractures des clavicules, nous savons que les avis sont partagés; nous avons vu souvent venir de ces blessés avec un appareillage défectueux, effaçant mal les épaules, et défectueux dès la pose; nous avons dû, à plusieurs reprises, rendre au chirurgien son accidenté qui souffrait, à distance, de ces névralgies rebelles dues à l'englobement d'un filet nerveux du plexus cervical superficiel, filet qu'on se doit de libérer ou de sectionner; par contre, un simple fil d'acier bien toléré, facile à poser, sur une clavicule brisée, immobilisée en bonne position, paraît éviter ce cal énorme si fréquemment observé. Quant aux fractures de jambe au tiers moyen ou au tiers inférieur, elles semblent, d'après notre expérience à l'asile, être une indication relative de l'ostéosynthèse tant les résultats sont variables au point de vue esthétique et fonctionnel; le tibia paraît moins

complaisant que le fémur, à l'exécution difficile d'une ostéosynthèse, il supporte mal vis et attelles.

### LES LAPARATOMISÉS.

Avant de décrire tout le bel outillage qui constitue l'installation kinésithérapique nous devons parler des 45 % de malades chirurgicaux qui nous viennent avec différentes étiquettes et notamment celles, relativement fréquentes, d'ulcère de l'estomac opéré ou de cholécystite opérée.

D'après l'interrogatoire il nous faut la plupart du temps deviner quel genre d'intervention ils ont dû supporter ; les uns ont subi seulement une gastro-entéro-anastomose, traitement palliatif qui, assure, par cela même, la suppression des douleurs et permet le retour à une alimentation normale donc la reprise de la nutrition. Ce n'est souvent que le premier temps de l'opération ; le malade est envoyé en convalescence afin que l'on puisse pratiquer plus tard, et dans de bien meilleures conditions opératoires, une résection large de l'ulcère ; chez d'autres les deux temps n'en ont fait qu'un ; ces malades nous viennent en convalescence, décharnés, quelquefois amaigris de dix à quinze kilogs. Pour eux il faudra *un régime* contre l'hyperchlorhydrie persistant après l'opération ; nous pourrons ainsi en surveillant leur alimentation, éviter les récives, nous pourrons aussi lutter efficacement avec nos *moyens physiothérapiques* contre les algies douloureuses

créées par les inévitables adhérences ; toute cette thérapeutique étant mise en œuvre parallèlement aux conditions de repos, et climatologiques qu'offre un séjour en notre maison de convalescence.

Depuis quelques années, le nombre des interventions chirurgicales dans les affections des voies biliaires, a considérablement augmenté ; ce fait est vraisemblablement dû aux grands progrès de technique opératoire apportés ces dernières années et également aux indications nombreuses mais bien déterminées que l'on a posées ; quoiqu'il en soit, que la lithias biliaire ait abouti d'après le diagnostic étiologique, à une cholécystectomie, à une cholécystostomie ou à une simple cholédocotomie avec drainage, il faut mettre ces malades à un régime, et tout le monde ne peut pas s'offrir une cure hydro-minérale. Combien de fois avons-nous observé, deux mois après l'intervention, la réapparition de coliques hépatiques malgré l'ablation de la vésicule ! Pour ces cholécystectomisés il y a tout un traitement médical post-opératoire très ressemblant d'ailleurs à celui des lithiasiques. Chez eux aussi, même quand l'évolution est favorable, il est loin d'être une rareté d'assister à l'apparition d'adhérences en voie de formation. Pour eux, comme pour les appendicectomisés, comme pour les anciens ulcéreux gastriques, nous avons la diathermie si efficace dans les algies et les empâtements, les ultra-violets, les infra-rouges, agents physiques encore mal connus mais que nous utilisons davantage chaque jour tant ils

paraissent avoir d'indications dans le traitement post-opératoire.

Enfin il nous vient en convalescence des opérés de hernies, d'abcès, de kystes et autres tumeurs, de pleurésies purulentes chez qui le repos et le grand air sont le seul traitement, lorsqu'il s'associe à une alimentation substantielle que tout convalescent peut être assuré de trouver à l'asile.

Cependant nous n'aimons pas beaucoup recevoir les tuberculeux chirurgicaux ; hormis les tuberculoses génito-urinaires qui bénéficient énormément de l'héliothérapie associée à un peu d'actinothérapie, adénites et tuberculoses osseuses sont des maladies chroniques justiciables d'une cure loin du bois de Vincennes ; aussi sommes-nous impitoyables dans le triage des « Entrants », et nous le serons encore davantage quand nous saurons que notre rôle est entendu et apprécié des hôpitaux, en refusant ou n'accordant qu'un très court séjour aux chroniques, aux ulcères variqueux. L'hôpital, ignorant le but exact d'un asile de convalescents, ne pense même pas que le peu d'amélioration apportée par les soins hospitaliers à ces chroniques (tuberculeux, rhumatisants ou ulcéreux) sera complètement inexistant au bout de huit jours d'une vie incompatible à leur état. Ces malades doivent faire une cure en station allongée ; il faudrait toute une installation et un personnel spécial.

En résumé, pour qu'un ex-malade, accidenté, appareillé ou opéré puisse nous être envoyé il faut

qu'il ne soit pas impotent ; aussi soyons sincères en disant que l'Asile est le centre idéal de rééducation du fracturé, de repos de tous les laparatomisés, physiothérapie, régimes et médications utiles nous permettant de leur faire la promesse qu'ils tireront un grand profit de leur séjour.

### *LEUR TRAITEMENT*

Quatre fois par semaine, un auto car spécialement aménagé pour permettre à quarante infirmes de s'y placer avec cannes, béquilles et appareils de plâtre ou de bois, amène à Saint-Maurice des convalescents désignés dans les différents hôpitaux.

A leur arrivée, les formalités administratives étant remplies, chaque convalescent est examiné et une fiche médicale est établie. Sur cette fiche nous résumons la maladie et le traitement subi par nos entrants lorsqu'ils étaient à l'hôpital.

Aux fracturés, nous notons la date et l'étiologie de l'accident, la date des appareillages et autres traitements subis ; à la suite de quoi l'infirmier leur donne un numéro, les chambres du rez-de-chaussée étant naturellement réservées aux impotents relatifs.

Le lendemain matin, ces mêmes malades passent devant l'un des médecins-chefs ; c'est celui-ci qui, après examen, et d'après les indications données par l'interne chargé la veille d'effectuer la visite à leur entrée, décide l'admission définitive du malade ;

il devient alors « convalescent ». Régime alimentaire, médicaments, date d'ablation d'un appareil plâtré, pansements, etc... sont les prescriptions ordonnées par le médecin-chef.

L'infirmierie est réservée, en principe, à ceux qui tombent malades durant leur séjour; mais nous y adjoignons ceux qui sont encore trop faibles pour mener la vie relativement active des pavillons et ceux qui ont besoin d'un régime diététique tout à fait spécial.

Dès le lendemain, notre convalescent ne s'occupe plus que de lui; il respirera l'air pur, dormira longtemps, mangera confortablement; il n'aura pour tout souci que celui de se rendre à la salle où il recevra les soins prescrits.

Alors que la matinée est réservée à la visite médicale : visite des « Galeries » par l'interne pour les prescriptions de médicaments usuels, examen des « Prolongations » et des « Entrants » par le médecin-chef, visite des malades de l'infirmierie, l'après-midi est consacrée à l'application des principes physiothérapiques décidés le matin.

### *La Kinésithérapie.*

1<sup>o</sup> *Massages.* — Dans une coquette petite salle très moderne se tient le masseur; c'est un aveugle spécialement affecté à la maison et qui fait une moyenne de 30 à 40 massages par jour. Nous ne décrirons pas les différentes pratiques manuelles qu'il

exécute et nous ne ferons que rappeler les multiples applications du massage. M. Dragon en a donné les principes et les méthodes. De l'effleurage qui analgésie les tissus, il y a toute une gamme qui s'élève progressivement jusqu'aux mobilisations actives et passives, préparant ou suppléant aux exercices de gymnastique qui seront l'œuvre de la mécano-thérapie.

Outre son application dans les contusions et les entorses, nous faisons faire des massages dans les raideurs articulaires et ankyloses incomplètes, dans les œdèmes post-traumatiques ;

2<sup>o</sup> *Mécano-thérapie*. — Installée de la manière la plus complète que possible, la salle de mécano-thérapie est, avec celle d'hydrothérapie, une des plus fréquentées car c'est une des plus utiles. Elle a rendu d'immenses services pendant la guerre.

Son installation date de 1909. Elle a été une des premières créations qu'aient obtenu les médecins, quand ils ont voulu sortir de ce rôle de simples infirmiers qu'ils semblaient avoir jusque-là. C'est à dater de cette époque que notre « clientèle » s'est peu à peu modifiée, que les accidentés du travail et de la voie publique ont afflué de plus en plus et, des succès obtenus, a découlé la nécessité d'avoir toute une instrumentation physiothérapique ; c'est d'ailleurs notre émerveillement pour ces belles machines, pour leurs nombreuses applications et surtout pour les très beaux résultats obtenus qui nous a inspiré le sujet de notre thèse.

Rendons à cette salle de mécanothérapie l'hommage qui lui convient en nous étendant quelque peu à son sujet.

En toute saison, à deux heures de l'après-midi, et chaque jour, 25 à 30 blessés y font de la gymnastique. De quinze minutes que dure une séance pour un nouvel « abonné », elle augmente jusqu'à trente minutes pour les plus anciens et les plus résistants, pour ceux dont l'indication est des plus formelles.

Les appareils sont de quatre catégories : les uns servent peu, d'autres sont d'un emploi quotidien ; ceux qui s'adressent aux membres supérieurs semblent plus souvent délaissés, mais cela tient uniquement, comme le montreront nos statistiques, au pourcentage beaucoup plus élevé des traumatisés du membre inférieur par rapport aux autres.

Lagrange définissait la mécanothérapie :

« L'art d'appliquer à la thérapeutique et à l'hygiène certaines machines destinées à provoquer des mouvements corporels méthodiques dont on a réglé d'avance la forme, l'étendue et l'énergie.

Le principe de substituer à la gymnastique suédoise, d'action variable, un gymnaste dont l'action mathématique est toujours identique à elle-même, est tout simplement merveilleux ! Croyons-nous possible de faire faire de la gymnastique suédoise à nos malades en ayant bien soin de discerner de multiples groupes, suivant l'articulation ou les masses musculaires sur lesquelles il faut agir, suivant la résistance du sujet ? Ce serait bien fastidieux et nos

blessés, tous barbus, se prêteraient de fort mauvaise grâce à ces élucubrations !

La mécanothérapie, que l'on dit se substituer à la gymnastique suédoise, ne fait que créer en réalité cette gymnastique jusqu'alors toute théorique. Avant elle, le fracturé quittait l'asile, boitillant douloureusement et béquillard pour toute sa vie. Il en est tout autrement à l'heure actuelle.

Les appareils sont au nombre de quatorze ; tous sont munis d'un système de graduations et contre-poids permettant une progression régulière dans la puissance et l'étendue du mouvement. Ils sont destinés aux exercices actifs.

Entrons à la salle de mécanothérapie, vers deux heures de l'après-midi, c'est-à-dire trois heures après le repas.

Presque tous les appareils sont en fonctionnement ; deux ou trois sont presque délaissés, c'est qu'ils font double emploi avec un appareil similaire dont on tire les mêmes effets à l'occasion d'un autre résultat cherché. Auprès d'autres appareils, les convalescents sont obligés d'attendre leur tour, car ceux-là sont d'un emploi universel et quotidien.

Les plus utilisés sont évidemment les appareils qui rééduquent le genou, la hanche, l'épaule.

Nous avons numéroté chaque appareil : dans une première catégorie, c'est l'avant-bras qui sera intéressé ; elle s'adresse aux articulations radio-carpienne, métacarpo-phalangienne et phalango-phalangienne.

L'appareil n° 1 intéresse l'articulation du pouce, d'utilité relative.

L'appareil n° 2 réédue les articulations des doigts, les phalanges ; il est très utile dans les ankyloses suite de fracture du poignet ayant nécessité un plâtre prolongé, ou dans les phlegmons de la main.

L'appareil n° 3 provoque les mouvements de flexion et d'extension de la main sur l'avant-bras et des doigts sur la main.

Les appareils 4 et 5 assurent le rétablissement des mouvements de circumduction du poignet, de pronation et de supination de l'avant-bras.

Dans une deuxième catégorie, le bras et l'articulation de l'épaule sont réédqués.

L'appareil 6, muni d'un frein qui permet d'augmenter la résistance, oblige le blessé à dépenser de plus en plus de force pour le faire fonctionner ; il est le guérisseur des ankyloses par fracture de l'humérus, de luxation de l'épaule, des arthrites aiguës omo-humérales.

L'appareil n° 7 ne diffère du précédent que parce qu'il est agencé tout spécialement pour les rééducations des moignons, chez les amputés de l'avant-bras ; né de la guerre son emploi est actuellement très restreint.

Le n° 8 est un appareil destiné à la flexion et l'extension du coude. Il est également réglable par contre-poids et frein, un disque gradué autour duquel se déplace une aiguille permettant d'en régler

plus ou moins l'angle du mouvement désiré. Il a son utilité dans les fractures de l'humérus et de l'olécrane ; en outre, un système d'élévation permet son application à l'articulation de l'épaule.

La troisième catégorie comprenant les appareils n<sup>os</sup> 9, 10, 11 et 12 est d'une grande utilité et fonctionne journellement ; les statistiques, dont nous parlerons plus loin, montrent qu'il y a deux fois plus de convalescents de traumatismes du membre inférieur que du membre supérieur et que notamment ce sont les fractures de Dupuytren et de la rotule qui sont les plus fréquentes, d'où leur grand succès.

L'appareil n<sup>o</sup> 9 est d'une grande utilité car il prépare aux autres appareils numérotés 10, 11 et 12, il fonctionne, le blessé étant assis, en imprimant au genou des mouvements de flexion et d'extension de la jambe sur la cuisse.

Les appareils n<sup>os</sup> 10, 11 et 12 vont parachever l'œuvre obtenue par l'application de l'appareil précédent, parce qu'ils sont de véritables rééducateurs articulaires et musculaires. Au n<sup>o</sup> 10 échoit plus particulièrement ce double rôle ; c'est le pédalier d'une bicyclette : en effet, par un système de levier et contre-poids, le pied engagé dans une pédale est entraîné dans un mouvement d'élévation de la cuisse et fait accomplir au membre inférieur un mouvement semblable à celui que l'on doit exécuter pour monter une marche d'escalier. C'est par un mouvement volontaire et en développant une puissance

musculaire, que le pied revient à sa position initiale. Son indication se trouve dans toutes les fractures de jambe, les ankyloses du genou ; c'est en outre le rééducateur des hémiplegiques et des atrophies musculaires.

A l'articulation tibio-tarsienne convient tout particulièrement l'appareil n° 11. Les ankyloses, arthrites, entorses, fractures des os du pied se trouvent souverainement améliorées, en imprégnant au pied une sorte de circumduction, imitant tous les mouvements normaux du calcanéum qui « houle, tangue et vire ». — C'est un appareil très ingénieux, gradué de 1 à 10 de telle façon que la circonférence décrite par la pointe du pied avec la voûte plantaire pour centre, puisse être augmentée progressivement dans de semblables proportions.

Le mouvement du pied que font les couturières à la machine à coudre est l'œuvre de l'appareil n° 12 ; il est d'ailleurs exécuté par l'appareil précédent.

La quatrième catégorie comprend de véritables « Exerciseurs » ; ils exigent des mouvements vraiment actifs de la part du blessé qui trouvera dans l'appareil n° 13 l'occasion de développer les muscles du bras, de l'avant-bras et les pectoraux ; c'est par un mouvement de fermeture et d'ouverture horizontal des bras que ces groupes musculaires sont intéressés ; ils ont le double avantage d'avoir un rôle sur l'amplitude de la cage thoracique en provoquant des mouvements artificiels d'inspiration et d'expiration.

Le dernier appareil, étiqueté n° 14, est aussi un exerciseur ; ce n'est pas autre chose qu'un « Sando » mais réglable par contre-poids ; il est moins brutal que les appareils à ressorts ou élastiques ; par les mouvements qu'il permet il assure un travail progressif des muscles thoraco-abdominaux et il a son indication toute trouvée chez tous ces amaigris musculaires par un séjour prolongé au lit.

Ainsi nous avons voulu nous étendre davantage sur cette puissante ressource qu'offre l'asile à ces infirmes passagers. La description que nous avons voulu très schématique n'en montre pas moins qu'il y a dans notre service de mécanothérapie de quoi rééduquer toutes les articulations et que, du simple arrachement du sésamoïde du pouce jusqu'aux mutilations les plus complexes d'une tête humérale, nous pouvons toujours tirer profit d'un appareil par le mouvement qu'il fait exécuter à l'articulation rouillée d'une manière si admirablement mathématique ; ses emplois sont multiples mais c'est aux raideurs articulaires, aux ankyloses et aux atrophies musculaires que s'adresse avant tout la mécanothérapie.

Mais elle n'est pas sans danger : étirant et assouplissant les fibres musculaires son usage doit être bien conduit ; il faut éviter la fatigue du patient et contrôler à chaque instant les effets obtenus ; véritable thérapeutique, un interne en est spécialement chargé ; il en a la responsabilité auprès du médecin-

chef. Il est largement assisté par un infirmier dont le tact et le doigté en font un véritable spécialiste. Tous deux, se complètent parfaitement. L'interne indique son « ordonnance » et l'infirmier, connaissant ses appareils, leurs fonctionnements et les effets obtenus, exécute. Une surveillance médicale a pour but de doser la durée des séances, leur répétition (quotidiennes, bi ou tri-hebdomadaires) ; mais comme leur application principale est la mobilisation articulaire, il n'est point besoin dans ces cas, de s'assurer du rythme respiratoire ni des pulsations pour se rendre compte si le sujet est fatigué. Le grand rôle de l'interne est de choisir les appareils à utiliser d'après le mécanisme, le traitement et l'impotence fonctionnelle inscrits sur la fiche médicale du convalescent ; les progrès et résultats sont soigneusement notés ; ainsi sur une moyenne de 100 malades, 5 seulement sont obligés d'interrompre pour réveil d'un foyer d'inflammation (notamment dans les ostéosynthèses), pour algies ou aggravation de l'impotence (certaines fractures compliquées, juxta-articulaires) ; 10 se trouvent peu améliorés, ils sont venus trop tard pour la plupart et leur ankylose est irréductible, ou bien il s'agit de vieilles arthrites chroniques ; notons en passant qu'il nous est arrivé avec le diagnostic d'arthrites des malades qui faisaient tout simplement de la tuberculose articulaire ; or dans les tumeurs blanches la contre-indication est absolue aussi nous méfions-nous systématiquement et sommes-nous prudents

pour ces arthrites mal définies, ni blennorragiques ni rhumatismales, où, pour toute anamnèse nous ne trouvons qu'un vague traumatisme chez un adulte jeune.

Par contre les résultats sont très satisfaisants dans les fractures juxta ou intra-articulaires ; là, la mécanothérapie facilite l'amplitude des mouvements, polit les rugosités osseuses, développe les muscles périarticulaires qui tendent à s'atrophier. Dans toutes les fractures simples les résultats sont excellents ; fracture du radius, fracture de Dupuytren, fracture du col du fémur, de l'humérus ; c'est le triomphe de la mécanothérapie. La durée du traitement est essentiellement variable ; il faut quelquefois faire de longues séances d'effleurage avant de commencer les mouvements articulaires, d'autres fois il y a tout intérêt à commencer très tôt, et si précocement que les malades nous arrivent en convalescence déjà trop tard pour pouvoir obtenir le maximum de résultat. Dans les entorses luxations, fractures simples, huit séances de mécano ont rétabli le jeu normal des articulations. Mais dans les fractures compliquées ou épiphysaires, dans les arthrites chroniques déjà anciennes, le traitement dure un et deux mois. En principe et de par le règlement, quelle que soit l'affection, un convalescent ne fait jamais un séjour d'au delà huit semaines. En ce laps de temps, quelque fois trop court, qu'aurait donc obtenu ce blessé ankylosé, ce fracturé contendu une soixantaine de jours à l'hôpital ? On peut

dire que la mobilisation est activée *cinq* fois plus que chez un blessé non soumis au traitement mécanothérapique. Dans les fractures compliquées, juxta ou intra-articulaires du genou ou du coude, sans réduire complètement l'ankylose, on gagne franchement le maximum de la possibilité physiologique. Ainsi à la sortie de l'hôpital, la plupart des malades veulent rentrer chez eux ; les nécessiteux ou quelques rares initiés viennent intelligemment passer leur convalescence à l'Asile Saint-Maurice ; d'une part, le premier traînera lamentablement des mois, restera infirme faute de soins, ne pourra jamais reprendre son activité passée, et sera l'éternel fardeau, l'obligé toujours mécontent des assurances ; d'autre part, le second aura recouvré rapidement le maximum de sa puissance musculaire et de ses fonctions articulaires et deviendra très vite capable de retravailler. Mais, devant « Convalescents » il y a le mot « Asile » et il y a dans l'imagination du personnel et des malades des hôpitaux une synonymie regrettable entre « hospices de tarés » et « asile » et c'est ce qui nous explique ce fait paradoxal qu'il nous arrive surtout des accidentés très heureux d'exploiter leur infirmité et nullement désireux d'améliorer leur situation fonctionnelle.

#### RAYONS ULTRA-VIOLETS.

Dans une petite pièce isolée, non loin de la salle de mécanothérapie, se trouvent les appareils d'acti-

nothérapie. Il existe une lampe à arc et tout récemment nous avons fait l'acquisition d'une lampe à vapeur de mercure.

Les affections chirurgicales ne sont pas spécialement justiciables de traitement aux rayons ultraviolets. Cependant dans quelques indications nous les employons presque systématiquement :

Ainsi dans les plaies atones, post-opératoires, chez ces malades qui nous viennent encore avec un grand pansement sous bandage de corps, nous activons très vraisemblablement la cicatrisation ; chez ceux qu'un long séjour à l'hôpital ou que l'affection a fortement déprimé (telles sont la tuberculose rénale, les interventions anémiantes, tout ce qui signe une imprégnation bacillaire) nous essayons ainsi d'augmenter la teneur de leur sang en calcium en activant les échanges.

Pendant longtemps nous avons soumis les abdomens algiques par adhérences et les arthrites aux soulagements bienfaisants qu'apporte l'actinothérapie. Mais ces derniers temps, la diathermie ayant fait son apparition, nos U.-V. sont tombés en défaveur devant les résultats immédiats plus définitifs et plus absolus qu'assure ce traitement électrothérapique.

#### HAUTE FRÉQUENCE. DIATHERMIE.

Introduits tout dernièrement à l'Asile nous n'aurons aucune opinion personnelle, aucune statistique sur leurs indications et sur leur mode d'emploi.

Nous signalons leur existence car ils font partie du grand arsenal que nous tenons à énumérer.

Toujours est-il, qu'à peine installée, sous l'impulsion et la surveillance d'un spécialiste averti nous avons soumis à la diathermie quelques cas de périviscérités, cholécystites douloureuses bien qu'opérées, adhérences post-opératoires et nous avons très rapidement obtenu la sédation des algies, mais uniquement chez les opérés récents ; deux observations types permettront d'en juger et surtout d'espérer beaucoup d'elle.

M. N..., âgé de 47 ans, porteur d'incisions multiples, au creux épigastrique, sous le rebord costal droit et plus bas dans la région du Mac-Burney, ayant fait trois hôpitaux successivement, y ayant subi trois interventions : la première à l'estomac, la deuxième au carrefour vésiculo-pyloro-duodénal, la troisième pour une appendicectomie, nous est arrivé, bien entendu sans renseignement quant aux excrèses ou explorations subies, avec un syndrome douloureux, en barre, suivant un plan horizontal sous-xyphoïdien, et s'accompagnant de vomissements, qui, ayant disparus momentanément sous l'influence d'injection d'atropine, réapparaissaient avec une régularité surprenante trois heures après le repas de midi. Douze séances de diathermie : plus de vomissements après la sixième, plus de douleurs à la fin de la série...

Une deuxième observation, d'un tout autre ordre, n'est pas moins édifiante :

Jeune homme, 19 ans ; blennorragie soignée par un spécialiste avec lavages et auto-vaccins. Plus d'écoulement. Spermoculture négative. Vient en convalescence six mois après son affection gonorrhéïque, affirmant de toute bonne foi qu'il n'a subi aucune réinfection ; il accuse les symptômes d'une arthrite de la hanche, avec écoulement où fourmille le gono ; ni spécifique, ni tuberculeuse elle est étiquetée, par l'interne du service hospitalier qui nous l'envoie : arthrite blennorragique. Traitement simultané à la gonacrine ; application d'un vésicatoire pour auto-sérothérapie et trois séances de diathermie ; disparition de la douleur.

Evidemment, deux observations ne constituent pas une expérience éprouvée ; mais il n'est pas vain de croire que dans ce cas l'hypérémie très active provoquée par cet électrothérapie avait beaucoup contribué à la destruction des germes pathogènes.

Enfin, nous croyons remarquer dès maintenant le remède très efficace qu'apporte la diathermie à ces adhérences péritonéales diverses à condition toutefois qu'elles soient jeunes et peu rigides ; anatomiquement celles-ci persistent peut-être et même très vraisemblablement ; mais les résultats sont très satisfaisants, cliniquement parlant.

Nous n'avons pas encore mis en action le courant de haute fréquence mais nous voyons déjà le rôle que nous pourrions tirer de la faradisation en l'ap-

pliquant à la rééducation fonctionnelle des muscles notamment dans les arthrites avec atrophie musculaire réflexe et nous projetons de faire un large emploi de la galvanisation dont les indications sont, de toute évidence, les affections médicales. Pourtant en améliorant la nutrition des tissus, en permettant l'ionisation à l'iodure ou salicylée peut-être serons-nous d'un grand secours à ces rhumatisants chroniques, et aux traumatisés atteints de névrites diverses.

#### LES RÉGIMES ALIMENTAIRES

Les convalescents ne présentant aucune contre-indication cardiaque, rénale ou autre, sont mis au régime normal : gros mangeurs pour la plupart, ils trouvent largement dans leur ration journalière de quoi satisfaire leur appétit glouton.

Mais nos opérés de l'estomac, du duodénum, des voies biliaires ou de l'intestin ne peuvent supporter un déjeuner ou un dîner comprenant un plat de viande, un plat de légumes, du fromage ou dessert. Pour eux il faut un régime tout spécial ; ces malades sont alors mis à l'infirmerie ; coquettement construite, confortablement aménagée ; cette infirmerie offre aux semi convalescents un séjour très reposant, avec la possibilité d'y avoir constamment des soins ; elle est aux Pavillons ce qu'à l'hôpital sont les petites chambres d'isolement des grands opérés par rapport aux vastes et bruyantes salles de malades. Outre nos malades aigus, grippés ou pulmonaires, que,

malgré son but, l'Asile n'a pas pu protéger d'une contagion ou d'une rechute, nous y dirigeons ces malades amaigris chez qui la convalescence est encore troublée par les suites opératoires ; car à côté des opérés de hernies diverses, des appendicectomisés qui ne viennent à Saint-Maurice que pour consolider leurs cicatrices, ou raffermir leurs sutures en quinze jours, trois semaines, les gastro-entérostomisés nous arrivent très diminués physiquement, ils ont ce teint spécial des opérés du ventre.

Pour ces anciens ulcéreux gastriques, si délicats, si fragiles, nous déployons tout notre art à leur faire reprendre des forces. La plupart d'entre eux, hyperacides avant leur opération, accusent encore cette hyperchlorhydrie après leur intervention ; ils jouissent alors du privilège d'un régime approprié à leur état, une cuisine toute spéciale donne toute facilité pour l'exécution d'une diététique convenant à chacun d'eux.

Là, le régime n'a plus le qualificatif de grand, petit ou de demi lacté que l'on distingue habituellement et d'une manière systématique. Prescrivant une véritable ordonnance, le médecin-chef détaille avec discernement ce que devront être chacun des deux repas de ces favorisés ; les principes sont ceux de tous les dyspeptiques « hyper » mais en allant progressivement d'un régime bien triste à un régime plus varié ; c'est qu'il est très fréquent d'apprendre à leur arrivée qu'ils n'ont bu que du lait et mangé qu'un peu de purée et compote depuis leur opéra-

tion, remontant le plus souvent à trois semaines ; ces malades affamés croient pouvoir tout avaler et ils entendent par le mot convalescence la possibilité de récupérer promptement poids et forces perdus. Nous les rassurons donc de notre mieux en leur prédisant un avenir meilleur, nous leur tenons des propos réconfortants mais nous rétablissons peu à peu, bien progressivement, leurs fonctions digestives ; c'est le seul moyen de laisser le temps à l'organisme de s'habituer à sa nouvelle anatomo-physiologie.

Malheureusement ces malades ne sont pas aussi gâtés qu'on voudrait qu'ils fussent. Et, parallèlement au régime alimentaire, kaolin, belladone et alcalins constituent la médication presque toujours réclamée par l'état de ces opérés restés spasmodiques et hypersécréteurs ; quelquefois nous assistons à cette scène pénible du pauvre opéré, venu plein d'espoir, chez qui la laparatomie n'a été qu'un leurre ou bien n'a pu être qu'exploratrice, sans excrèse ni entéro-anastomose, et qui, lorsque tout semble aller bien, saignotte fait du melæna et peu à peu se cachectise. C'est le triste sort du cancéreux que nous ne pouvons garder ; venus avec l'espoir qu'a donné le chirurgien, secrètement impuissant, ils sont dirigés à nouveau sur leur hôpital d'origine avec une bonne parole de notre part.

Aux anciens lithiasiques, cholécystectomisés ou simplement cholédocotomisés, un régime analogue leur est institué ; c'est surtout par la médication qu'ils

différent du traitement de nos digestifs. A eux nous prescrivons des cholagogues, des spécialités à base de fiel de bœuf ou de sels biliaires, des peptones et du sulfate de magnésie ; et faute de cure en station thermale, ils se contentent de boire de l'eau de Vichy et autres eaux alcalines.

Enfin à l'infirmerie nous y mettons également nos pleurésies purulentes tarées, nos anémiés, nos tuberculeux osseux ou articulaires, pour qui nous ordonnons des piqûres stimulantes, toniques et reconstituantes (cacodylate, hectine, acétylarsan, etc...) ou bien des bouillons de viande hachée ou du foie de veau.

#### HYDROTHERAPIE. — HÉLIOTHÉRAPIE.

Ce sont là des traitements qui ne demandent aucun commentaire bien spécial.

Douches, bains, ont leurs indications universellement connues et d'ailleurs nous n'avons rien de particulier à dire à leur sujet. Très en vogue dans les milieux populaires, les bains sulfureux sont extrêmement demandés par nos convalescents ; ils semblent croire à leur effet bienfaisant uniquement parce que cela sent mauvais ; ces bains médicamenteux trouvent leurs indications dans les arthrites et rhumatismes chroniques. . . . .

N'oublions pas de mettre en valeur les ressources générales et climatiques que remplit pleinement l'Asile de Saint-Maurice : il est construit sur le Pla-

teau de Gravelle, les variations de températures n'offrent rien de particulier, la luminosité y est excellente, et les rayons solaires pénétrant partout par les larges fenêtres d'ailleurs *toutes exposées au midi*, constituent un facteur considérable pour une bonne convalescence puisqu'oxydations et propriétés bactéricides y sont d'autant plus activées que les radiations thermiques y ont une grande pénétration; toutes ces considérations montrent la facilité avec laquelle nous pouvons établir et diriger nos traitements héliothérapiques.

## STATISTIQUES

Sur 6.120 admis durant l'année 1928, il y a 1.212 convalescents d'affections chirurgicales, soit un peu plus d'un sixième ; les cinq autres sixièmes étant des malades envoyés par le service de médecine de Paris ; les uns, les 3/6 sont de véritables convalescents de maladies nettement caractérisées, mais les 2/6 restants n'ont rien à retirer d'un séjour à Saint-Maurice.

Dans notre statistique faite récemment nous lisons les chiffres suivants :

Fractures, luxations, entorses et contusions diverses : 468 entrants, en voici le détail :

|                             |    |                                    |
|-----------------------------|----|------------------------------------|
| Fractures de rotule.....    | 95 |                                    |
| Fractures du fémur.....     | 67 |                                    |
| Fractures de la jambe.....  | 78 | dont 35 fractures<br>de Dupuytren. |
| Fractures de l'humérus....  | 25 |                                    |
| Fractures de clavicule..... | 25 |                                    |
| Fractures du radius.....    | 16 |                                    |
| Fractures des os du pied... | 10 |                                    |
| Fractures de côtes.....     | 54 |                                    |
| Fractures du crâne.....     | 25 |                                    |
| Luxations de la hanche..... | 2  |                                    |
| Luxations de l'épaule.....  | 8  |                                    |
| Entorses.....               | 22 |                                    |
| Contusions diverses.....    | 41 |                                    |

Est-ce à dire que la plus fréquente des fractures est celle de la rotule ? Il n'en est rien et nous en dirons la raison un peu plus loin.

A quelques unités près, les opérés, laparotomisés ou incisés, fournissent le nombre aussi décevant de : 446 entrants.

D'après les diagnostics avec lesquels ils nous sont adressés, nous distinguons :

|                            |     |
|----------------------------|-----|
| Hernies opérées.....       | 121 |
| Appendicites opérées.....  | 48  |
| Ulcères de l'estomac.....  | 35  |
| Cholécystites opérées..... | 18  |
| Tuberculoses rénales.....  | 32  |

Et un nombre imposant de malades relevant d'un traitement chirurgical :

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| Abcès. Phlegmons. Adénites. .. | 97 |
| Plaies et tumeurs diverses..   | 41 |
| Amputations.....               | 26 |
| Hydrocèle vaginale.....        | 8  |
| Arthrites et hydarthroses..    | 28 |
| Pleurésies purulentes.....     | 6  |

Enfin, un chiffre considérable de « chroniques ».

|                         |    |
|-------------------------|----|
| Ulcères variqueux ..... | 67 |
|-------------------------|----|

Ajoutons que 230 malades nous sont arrivés des services de chirurgie, non étiquetés.

Que signifient ces chiffres ? Ils nous permettent de tirer un certain nombre de considérations générales que nous croyons assez édifiantes :

Pour 230 fractures du membre inférieur il n'y a que

61 fractures du membre supérieur ; or nous croyons savoir qu'une telle disproportion ne répond aucunement à la réalité et que les fractures du radius par exemple sont bien aussi fréquentes que celles de Dupuytren. Mais une fracture du bras, appareillée et mis en écharpe, n'a jamais empêché le blessé de marcher ; aussi la plupart préfèrent-ils rentrer dans leur foyer familial ou vivre au grand air, loin des hôpitaux. Bien au contraire, le fracturé de jambe ou de cuisse est un véritable impotent, il lui faut quelqu'un attaché à sa personne, il ne peut qu'esquisser quelques pas ; la montée des escaliers, les promenades lui sont longtemps impossibles ; devant leur état fonctionnel défectueux, ils réfléchissent et ils pensent que Saint-Maurice leur rendra un réel service ; c'est d'ailleurs dans cet état d'esprit que les chefs de service, et plus particulièrement internes et surveillantes leur conseillent ardemment d'abandonner le lit d'hôpital où ils occupent une précieuse place, et de profiter des facilités qu'ils ont d'achever leur consolidation parmi ces bâtiments verdoyants qui émergent du bois de Vincennes. Ce n'est qu'à leur arrivée qu'ils apprennent l'existence de toute une installation physiothérapique.

Nos opérés de l'estomac et des annexes digestives sont pour la plupart des célibataires ou bien des hommes qui se croiraient encombrants et à la charge des leurs, étant donné leur mauvais état général ; bien peu ont choisi ou demandé leur envoi à Saint-Maurice ; et d'ailleurs, il nous souvient du

service de chirurgie où nous faisons fonction d'externe ; notre patron, spécialement attiré dans le domaine de la chirurgie gastrique, s'efforçait de conserver le plus longtemps possible ses reséqués de l'estomac afin de leur assurer un régime alimentaire spécial qu'il disait indispensable après l'opération ; pour ces malades une cuisine était installée dans le service et l'ordonnance des mets de choix y était exécutée à la lettre. Or, munis d'une fiche médicale portant le diagnostic et la diététique à suivre, ces opérés eussent été certains de trouver en l'Asile de Saint-Maurice un « repas à la carte ».

Par contre la catégorie des plaies (abcès, phlegmons, adénites, plaies et tumeurs diverses) comprend indistinctement des individus de toutes conditions sociales mais qui ont été admis à l'hôpital ; ce sont en effet pour la plupart des accidentés du travail chez qui il faut encore des pansements ; cependant la majorité de ceux-ci sont des étrangers sans famille et vivant à l'hôtel.

\* \* \*

Nos statistiques et nos considérations générales sur la diversité des malades qui nous sont envoyés en convalescence nous montrent le besoin urgent qu'il y a de faire connaître aux hôpitaux intéressés nos multiples ressources thérapeutiques et de leur préciser nos conditions d'admission.

Pour cela il faut pouvoir parer à cette éventualité

fort probable, qu'après la publication de ces règlements, il y aura une affluence considérable de convalescents chirurgicaux justiciables de nos traitements ; il faut donc dès maintenant augmenter le nombre des lits, réellement insuffisant par rapport à la densité rapidement croissante de la population ouvrière, et d'un même geste, nous devons renforcer le service médical et le doubler d'un personnel infirmier bien plus important. Ces réformes immédiates nous les croyons facilement réalisables, d'autant plus que l'administration les a admises tout au moins dans leur principe.

En outre, il serait fort souhaitable de voir disparaître ce terme impropre « d'Asile » qui ne sert qu'à perpétuer cette fausse réputation sur laquelle vivent les médecins et personnel des hôpitaux.

D'autre part, l'annexe Vacassy, grand immeuble inoccupé du fait des conditions testamentaires du généreux bienfaiteur qui lui a donné son nom, nous semble pouvoir rendre de grands services s'il était exploité soit comme un dépôt provisoire de ces « candidats » aux Asiles de Chroniques ou aux Maisons de Retraite, mais surtout comme centre de physiothérapie où seraient rassemblés les bénéficiaires de ce traitement ; ainsi, le bâtiment principal, dit asile Saint-Maurice, serait utilisé pour les seuls cas médico-chirurgicaux non passibles de kinésithérapie.



## CONCLUSION

L'Asile National des Convalescents, complète très utilement l'œuvre du chirurgien et rend d'immenses services à toute la classe parisienne laborieuse.

Son rôle est en effet indiscutable dans les affections chirurgicales ; rappelons-le brièvement :

1<sup>o</sup> Il fournit aux accidentés du travail, de la voie publique, aux blessés de toutes sortes, le moyen de récupérer rapidement une activité fonctionnelle partielle sinon totale : sa remarquable installation physiothérapique permet la réduction des ankyloses récentes, l'amélioration nette des arthrites et des atrophies musculaires, la consolidation des fractures, le traitement rationnel des luxations, des entorses sous surveillance médicale ;

2<sup>o</sup> Il permet d'appliquer aux laparotomisés ou autres opérés, convalescents, un régime alimentaire approprié. L'adjonction récente à l'infirmierie d'une installation électrothérapique leur procure en outre une thérapeutique active, indispensable, nécessaire ou simplement utile ;

3<sup>o</sup> Il assure à tous les pensionnaires : repos, suralimentation, soleil, grand air, rayons ultra-violets, qui, harmonieusement combinés aux médications

précisées, remontent leur tonus musculaire et leur état général.

N'oublions pas que nos opérés sont tous des travailleurs ! L'inévitable accident donne à la société un éclopé ; la fatale maladie un éternel tourmenté. Le chirurgien répare la blessure, ou lève l'obstacle qui nuit au bon rendement de l'ouvrier atteint. L'Asile des Convalescents est l'intermédiaire indispensable entre l'hôpital et l'atelier.

Ainsi conçu, et situé aux portes de Paris, cet établissement ne doit accepter ni chroniques, ni vieillards, ni miséreux ; pour ces épaves, d'autres fondations existent. Saint-Maurice est un centre de convalescence et de rééducation physique ; il n'y faut admettre que des malades chirurgicaux, sélectionnés, qui représentent une réelle valeur sociale.

Vu : le Président de la thèse,  
P. DUVAL

Vu : le Doyen,  
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :  
le Recteur de l'Académie de Paris,  
S. CHARLÉTY



